



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

Multimorbilidade: gestão da complexidade

Mariana Neves Baptista

MAIO'2018



TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar

Multimorbilidade: gestão da complexidade

Mariana Neves Baptista

Orientado por: Dra. Paula Broeiro

MAIO'2018

RESUMO

Introdução: Em MGF, tem-se tornado mais preponderantes casos de multimorbilidade, entidade que designa múltiplos problemas ou condições de saúde coexistentes, sem a distinção clara do que é efetivamente doença e o que são fatores de risco¹. Nos CSP, é de extrema importância compreender a multimorbilidade pela lente do doente. Por estas razões, o método clínico centrado no paciente revela-se fundamental para uma abordagem holística do utente.

Métodos: Utilizou-se uma situação real de uma utente idosa com multimorbilidade, com a respetiva descrição do caso, baseada no modelo de Registo Médico Orientado por problemas. De seguida, procedeu-se à elaboração de um Plano Integrado de Cuidados, com definição de prioridades, revisão terapêutica, integração terapêutica, decisão compartilhada, realização de um plano e reflexões pessoais sobre o caso.

O caso clínico: Rosa, 88 anos, viúva, apresenta história pessoal de: FA, HTA com cardiopatia hipertrófica, angina de peito, IC Classe II da NYHA com FE moderadamente reduzida (46%), DPOC, HTP, dislipidemia e colelitíase. Polimedicada e sob oxigenoterapia, apresenta esquema semanal de varfarina. Vive com a filha mais velha que lhe presta cuidados. Numa visita domiciliária, apresentava queixas de tosse produtiva, agravamento do cansaço e dor abdominal difusa. À auscultação pulmonar apresentava discretos fervores à esquerda.

Discussão: O estabelecimento de prioridades foi fundamental para a definição de um plano centrado no paciente, esquematizando-se um *mapa de problemas* para demonstrar a relação de interdependência entre eles. Existiam problemas sintomáticos que eram mais preocupantes para o doente e outros para o médico (*life-threatening* e iatrogénicos). A revisão terapêutica demonstrou a necessidade de repensar e eventualmente alterar os medicamentos da doente, de acordo com a nova informação científica e novo/as doenças/sintomas da utente. Através de uma decisão compartilhada, baseada na auto-determinação da utente, e da gestão de expectativas, criou-se um plano de cuidados que integrasse terapêutica e seguimento, tendo em conta a dependência física da utente e o seu contexto social.

Palavras-chave: complexidade; dependência; iatrogenia; multimorbilidade; plano integrado de cuidados.

O Trabalho Final de Mestrado exprime a opinião do autor e não da FML.

ABSTRACT

Introduction: In General and Family Medicine there have been more cases of multimorbidity, entity that designates multiple problems or coexisting health conditions without the clear distinction between the disease and risk factors¹. In Primary Health Centers, it is of extreme importance to understand multimorbidity through the lens of the patient. For these reasons, patient-centered clinical method bares the foundations for a holistic approach of the patient.

Methods: It was used a real case of an elderly patient with multimorbidity, with its description based on the model of Problems-oriented Medical Record. Then it was elaborated an Integrated Care Plan, for which were set priorities, reviewed therapy, and was shared the action plan with the patient in order to define the following steps, ending with personal reflections about the case.

Clinical case: Rosa, 88 years old, widow, presents a personal history of FA, HTA with hypertrophic cardiopathy, angina pectoris, IC Class II of the NYHA with FE moderately reduced (46%), DPOC, HTP, dyslipidemia and cholelithiasis. She is under several medications and oxygen therapy and has a weekly scheme of warfarin. She lives with her older daughter who takes care of her. In a home medical visit, Rosa presented productive cough, worsening of her usual fatigue and diffuse abdominal pain. Pulmonary auscultation revealed fervors on the left side.

Discussion: The establishment of priorities was fundamental to the elaboration of a patient-centered plan, making a sketch of all her health problems to demonstrate the interdependent relationships between them. There were symptomatic problems that were more troubling to the patient and others were rather worrisome for the doctor (life-threatening and iatrogenic). Therapy review showed the necessity of rethinking and eventually change the patient medicines, considering new scientific information and the patient current diseases/symptoms. By sharing this decision with the patient, grounded on the patient right for self-determination, and managing her expectations, it was built a care plan that integrated therapy and follow-up, considering the physical dependence of the patient and her social context.

Key-words: complexity; dependence; iatrogenic; multimorbidity; integrated care plan.

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação científica da Assistente Convidada Paula Broeiro.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Objetivo	10
2. METODOLOGIA	11
3. DESCRIÇÃO DO CASO	12
3.1. Descrição da pessoa e do seu contexto sócio-familiar	12
3.2. Relato do caso	14
3.3. Avaliação.....	16
4. ELABORAÇÃO DO PLANO INTEGRADO DE CUIDADOS.....	17
4.1. Definição de Prioridades	17
4.2. Revisão Terapêutica	18
4.3. Decisão Compartilhada	20
4.4. Proposta de Plano integrado de cuidados.....	21
5. REFLEXÕES FINAIS	23
6. BIBLIOGRAFIA	24

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - TERAPÊUTICA HABITUAL DA UTENTE	15
TABELA 2 - REVISÃO TERAPÊUTICA	20
TABELA 3 - Índice de Barthel aplicada à doente e interpretação do resultado.....	22

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1- PSICOFIGURA DE MITCHEL (JANEIRO, 2018)*	13
FIGURA 2 – MAPA DE PROBLEMAS DE SAÚDE DA PACIENTE.	18

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AC	Auscultação Cardíaca
AP	Auscultação Pulmonar
ARAI	Antagonista do Recetor da Angiotensina II
BCC	Bloqueador dos Canais de Cálcio
bpm	Batimentos por Minuto
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DM2	Diabetes Mellitus Tipo 2
ECAR	Enzima Conversora da Angiotensina II
FA	Fibrilhação Auricular
FC	Frequência Cardíaca
FE	Fração de Ejeção
HTA	Hipertensão Pulmonar
HTP	Hipertensão Pulmonar
HVE	Hipertrofia Ventricular Esquerda
IC	Insuficiência Cardíaca
LRA	Lesão Renal Aguda
MGF	Medicina Geral e Familiar
MV	Murmúrio Vesicular
NYHA	New York Heart Association
OLD	Oxigenoterapia de Longa Duração
PAC	Pneumonia Adquirida na Comunidade
PSAP	Pressão Sistólica Arterial Pulmonar
RHA	Ruídos Hidroaéreos
RMOP	Registo Médico Orientado por Problemas
STC	Síndrome do Túnel Cárpico
TA	Tensão Arterial

1. INTRODUÇÃO

Doentes com multipatologia são incontestavelmente um desafio e, em Medicina Geral e Familiar (MGF), não podiam ser mais frequentes. Designada atualmente de multimorbilidade, surgiu da necessidade de criar um termo mais justo e mais democrático¹ do que “comorbilidade”, na tentativa de descentralizar determinada patologia como doença principal do paciente no ambiente de uma consulta de MGF. Tanto “comorbilidade” como “multimorbilidade” nominam múltiplos problemas ou condições de saúde na mesma pessoa, contudo, sem clarificarem a distinção entre o que é considerado como doença ou como fator de risco¹. Essa indefinição é limitativa e controversa porque pode tratar com ligeireza a gravidade da doença e as suas repercussões na vida do doente, eventualmente não consensualizando as prioridades do paciente e as do médico¹. Além disso, a incoerência de conceitos, princípios e interesses, geram a desorganização e fragmentação dos cuidados de saúde que dificultam a abordagem da multimorbilidade², comportando uma série de consequências para a evolução clínica do paciente.

Estima-se uma prevalência global de multimorbilidade, no contexto de CSP, de 12.9% na população adulta e 95.1% na população com 65 anos ou mais, sendo que a multimorbilidade se encontra consistentemente associada à idade (igual ou superior a 65 anos), ao género feminino, ao baixo nível socioeconómico²⁻⁴ e à doença mental². Nos últimos anos, inúmeros estudos tentaram identificar padrões de multimorbilidade, um termo que especifica associações de doenças que se tendem a desenvolver nalguns indivíduos a uma taxa superior ao esperado⁵, contudo, apesar de estabelecerem algumas relações, estes estudos eram limitativos.

A forma como a multimorbilidade nos cuidados de saúde primários (CSP) é percecionada depende do elemento que a perspetiva³. Deste modo, perceber este tema pela objetiva do utente é de elevada importância, uma vez que a conciliação de perspetivas promoverá um maior entendimento entre médico e pessoa doente, capacitando-a para lidar com a multimorbilidade.

Por estas razões, o método clínico centrado no paciente⁴ é uma abordagem fundamental, especialmente em pessoas com multimorbilidade, porque permite lidar com os problemas de forma equilibrada e integrada, sem a existência de um problema evidentemente dominante¹ conferindo ao utente um grau de autodeterminação na gestão das suas morbilidades.

De facto, a multimorbilidade afeta a complexidade clínica associada à tomada de decisão, especialmente atendendo à dificuldade de gestão de muitas entidades clínicas e o sistema de saúde no qual este processo decorre⁵. Essa complexidade resulta dos fatores ou elementos que têm de ser considerados, reconciliados e abordados aquando da tomada de decisões sobre uma estratégia terapêutica ou preventiva.

Os objetivos do cuidado aos pacientes com multimorbilidade são evitar a iatrogenia, reduzir a morbilidade e mortalidade, sem comprometer a funcionalidade e qualidade de vida². Este conceito vocaliza assim uma abordagem holística dos problemas, centrada no

paciente, e é uma base para a compreensão da interação entre os problemas físicos, psicológicos e sociais¹, que requer gestão da complexidade.

1.1. OBJETIVO

O objetivo deste estudo de caso era a elaboração de um plano integrado de cuidados. Para a sua concretização definiram-se como objetivos:

1. Efetuar uma abordagem holística centrada no paciente e no seu contexto
2. Estabelecer concordância terapêutica
3. Elaborar um Plano Integrado de Cuidados que inclua integração horizontal (família, comunidade e CSP)

2. METODOLOGIA

A metodologia seguida para concretização dos objetivos cumpriu as seguintes etapas:

- Descrição do caso
 - Descrição da pessoa e do seu contexto sócio-familiar
 - Relato do caso
 - Avaliação
- Elaboração de um Plano Integrado de Cuidados
 - Definição de Prioridades
 - Revisão Terapêutica
 - Integração de Cuidados
 - Decisão Compartilhada
 - Periodicidade da Visita

3. DESCRIÇÃO DO CASO

3.1. DESCRIÇÃO DA PESSOA E DO SEU CONTEXTO SÓCIO-FAMILIAR

História social:

Rosa (nome fictício) é uma senhora caucasiana de 88 anos, viúva. Natural de Pombal, reside em Lisboa na casa da filha mais velha de 65 anos, Margarida (nome fictício), desde o falecimento do seu esposo há 2 anos. Rosa não frequentou a escola, tendo dedicado a sua vida à agricultura.

Enquanto casada, era uma pessoa autónoma nas suas atividades de vida diárias. Porém, nos últimos 5 anos, ela e o marido recebiam ajuda do Centro de Dia com alimentação e higienização pessoal, uma vez que ambos apresentavam já alguma precaridade física para a realização sem apoio dessas tarefas. Há cerca de 2 anos, Rosa ficou viúva, tendo sido um momento marcante para esta, pois tinham uma boa relação. Realizou de forma adequada o luto, não obstante, a debilidade física avançava. Rosa queixava-se cada vez mais de cansaço e dispneia, tendo progressivamente mais dificuldade na concretização de pequenas tarefas.

Por se encontrar sozinha e em situação incapaz para ser autónoma, foi lhe colocada a hipótese, quando ficou viúva, de ir para o Centro de Dia diariamente e passar a noite em casa. Porém, Rosa não se mostrou receptiva a essa ideia, pois “preferia estar em casa, onde se sentia mais confortável”, pelo que a sua filha Margarida lhe propôs que viesse para sua casa em Lisboa. Desde então, Rosa reside com a filha e encontra-se atualmente sob os seus cuidados (Figura 1).

História familiar:

Rosa é membro de uma fratria de 8: 3 irmãos mais velhos, dois dos quais já faleceram, e 4 irmãs, das quais 3 também já faleceram, sendo Rosa a penúltima da geração (Figura 1).

Margarida encontra-se atualmente reformada de um emprego fabril estadual, cuidadora da sua mãe, Rosa. Margarida é divorciada e tem dois filhos; estes residem em casa própria, contudo visitam-nas com frequência. Margarida é saudável.

Para além de Margarida, Rosa tem outras duas filhas de 59 e 58 anos que atualmente vivem as suas vidas familiares em França.

Desconhecem-se doenças de carácter hereditário na família. Contudo, prevalecem doenças cardiovasculares e neoplásicas.

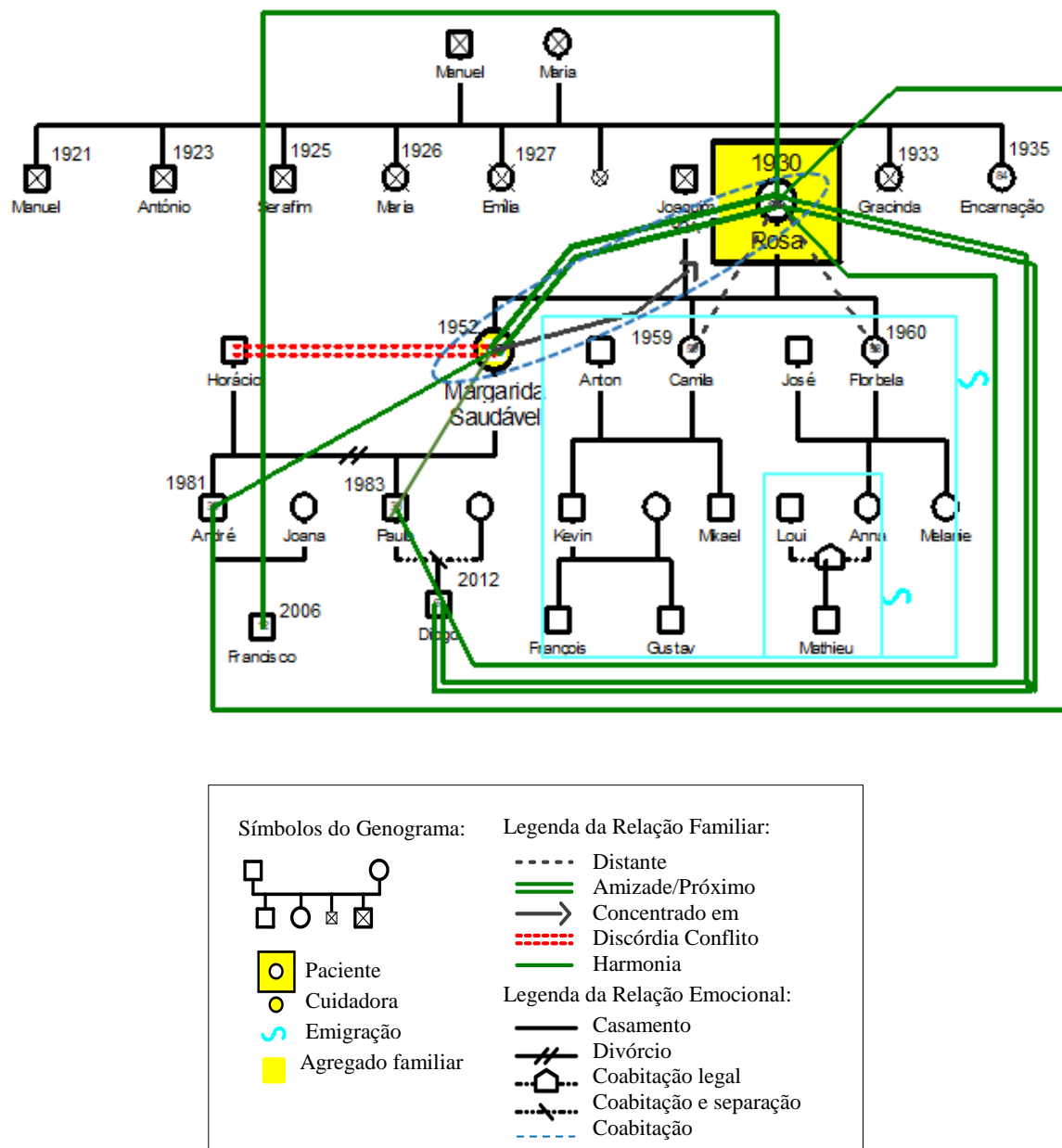


Figura 1 – Psicofigura de Mitchel (Janeiro, 2018).*

* Nota: Para esta Psicofigura não se conseguiram obter causas de morte nem totalidade de datas de nascimento por desconhecimento, além de que foi elaborada através de uma ferramenta para genogramas/psicofiguras, cujo prazo de licença de utilização prescreveu.

A D^a Rosa tem 3 filhas, contudo apenas uma se encontra em Portugal, constatando-se que, apesar da família extensa, a D^a Rosa apenas beneficia do apoio e cuidados da sua filha mais velha, Margarida. De facto, considera a relação que mantém com as filhas emigradas e respetivas famílias distante. Em contrapartida, mantém uma boa relação com os netos e bisnetos que se encontram em Portugal.

3.2. RELATO DO CASO

História Médica:

De seguida caracteriza-se a informação de saúde relevante de acordo com o Registo Médico Orientado por Problemas (RMOP), incluindo: Base de dados, Lista de Problemas e Notas de Seguimento.

A. Base de Dados

De forma a conhecer o contexto demográfico, características biológicas, antecedentes e fatores de risco da utente de forma global, realizou-se uma consulta no domicílio para colheita da história clínica após consentimento informado da doente e da cuidadora. Anteriormente, nas secções *Descrição da pessoa e do seu contexto sócio-familiar* e *História Médica* relatou-se o contexto e a história familiar e pessoal.

Outros dados relevantes para a base de dados são:

- A utente não tem hábitos etanólicos, tabágicos ou toxifílicos.
- Refere que durante toda a sua vida esteve exposta ao fumo de biomassa dentro de casa, pois era habitual estar muito próxima da lareira.
- Sem alergias medicamentosas
- Sem história de acidentes ou transfusões.

B. Lista de Problemas

- Hipertensão arterial (HTA) - K87
- Cardiopatia Hipertensiva – K84
- Doença cardíaca isquémica com angina – K74
- Insuficiência Cardíaca (IC) Classe II da NYHA com FE moderadamente reduzida (46%) – K77
- Fibrilhação auricular (FA) – K78
- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) – R95
- Hipertensão pulmonar (HTP) (56mmHg) – R99
- Dislipidémia – T93
- Colelitíase – D98
- Artroses das mãos e membros inferiores – artroplastia total de ambos dos joelhos há cerca de 17 anos, porém são motivo de dor diária, afetando a marcha e a autonomia física da doente – L91 e L90
- Síndrome Túnel Cárpico (STC) – N93

A terapêutica habitual encontra-se sintetizada na Tabela 1. Como se pode observar, efetua 9 fármacos diferentes. Para além destes fármacos, e de grande importância, a utente faz terapêutica com oxigenoterapia de longa duração (OLD).

Tabela 1 – Terapêutica habitual da utente

Furosemida 40mg qd	Propanol [Inderal®] 40mg qd
Olmesartan/Amlodipina 20/5mg qd	Atorvastatina 20mg qd
Salmeterol/propionato de fluticasona [Seretaide®] 50/250µm bid	Varfarina 5mg (com esquema semanal, de acordo com o INR medido mensalmente)
Brometo de Tiotrópio [Spiriva®] 18µg bid	Beta-histina 24mg bid
Oxigenoterapia 1l/min 24 horas por dia	Nitroglicerina 5mg/24h [Nitroderm TTS 5®]

qd =do latim *quaque die*, um por dia

bid = do latim *bis in die*, dois por dia

C. Notas de Seguimento

S: Visita domiciliária a utente sem médico de família, a pedido do cuidador por tosse produtiva há cerca de 1 semana, com expectoração amarela, e agravamento do cansaço. Refere ainda dor ligeira difusa no abdómen, tipo moínha, que não relaciona com as refeições, com duração de cerca de 2 semanas.

O: A utente, apesar de deambular e fazer as suas atividades rotineiras, apresentava TA de 130/80mmHg, e uma FC de 67bpm. À auscultação cardíaca sons cardíacos aparentemente rítmicos, com sopro aórtico grau I/VI, sem outros extrassons. A auscultação pulmonar demonstrava MV mantido bilateralmente, com discretos fervores na base pulmonar esquerda. Abdómen com RHA mantidos, sem aumento de frequência aparente, mole e depressível, difusamente doloroso à palpação profunda e sem sinais de irritação peritoneal.

Os pulsos periféricos encontravam-se rítmicos, simétricos e regulares. A utente apresentava hematoma na perna esquerda.

O valor de INR, avaliado mensalmente, era de 4 – acima do intervalo objetivo.

Para apurar o grau de dependência da paciente, aplicou-se o Índice de *Barthel* (Anexo), na qual a D^a Rosa apresentou um total de 65 pontos. A D^a Rosa apresenta maior dependência para tomar banho e subir e descer as escadas. Além destas atividades, apresenta algum grau de dependência na realização da restante higiene pessoal, utilização de WC, vestir e na mobilidade. A utente encontra-se assim num patamar de dependência moderada.

D. Outros médicos e locais de prestação de cuidados de saúde

A doente é seguida em consulta de Cardiologia, sendo que o último Ecocardiograma Transtorácico revela alterações estruturais e funcionais do coração: dilatação biauricular moderada, HVE concêntrica e ventrículo direito dilatado, com FE de 46%. PSAP estimada de 56mmHg.

A doente teve 2 internamentos hospitalares no último ano, cada um com duração de 12 dias, por Pneumonias Adquiridas nas Comunidade (PAC), sem isolamento do agente, com consequente descompensação da IC e da HTP. Teve também, neste contexto lesão renal aguda (LRA). Desde então sem restituição da função renal prévia.

A doente tem seguimento em Pneumologia. É também seguida em consulta de Estomatologia, por terem sido detetadas raízes dentárias a necessitarem de extração.

Pelas queixas inespecíficas da doente e pelo historial de colelitíase, a utente realizou posteriormente uma ecografia abdominal que detetou presença de múltiplos cálculos na vesícula biliar, estimando que ocupassem em maior eixo 2.5cm.

A doente foi a uma consulta de cirurgia, com a seguinte anotação:

“Desde o último internamento em dezembro, refere dor nos quadrantes superiores mais localizada a esquerda, constante, com irradiação ao dorso que melhora após a administração de clister. Vômito esporádico e náusea. Aerocolia.

Exame Objetivo: Doente em cadeira de rodas e sob oxigenoterapia. Abdómen pouco distendido, depressível com desconforto à palpação da fossa ilíaca esquerda sem defesa ou reação peritoneal. Analiticamente com provas hepáticas normais.

Plano: Perante a clínica mais sugestiva de quadro de obstipação e atendendo aos antecedentes, sem indicação para colecistectomia eletiva. Sugere-se estudo do cólon (doença diverticular?). Medica-se com *Ursofalk*® (1 comprimido e 2 ao jantar) e *Buscopan compositum*® em SOS. Volta dentro de 3 meses.”

O cirurgião decidiu não operar, devido à complexidade do caso. Além disso, foi ponderada a hipótese de angina de mesentérica, porém, a abordagem seria igualmente cirúrgica, não havendo qualquer benefício de terapêutica médica estando a utente já anticoagulada e a fazer terapêutica vasodilatadora.

De acordo com os objetivos definidos para esta tese, a prioridade foi dada ao Plano Integrado de Cuidados; nesse sentido, foi dada ênfase à avaliação da consulta e à revisão do plano, os quais mereceram uma secção específica neste documento.

3.3. AVALIAÇÃO

Além dos diagnósticos registados na lista de problemas a doente apresenta assim as seguintes novas condições médicas:

- Provável PAC em doente com DPOC
- Possível coledocolitíase vs angina de artéria mesentérica vs doença diverticular
- Traumatismo membro inferior, com hematoma
- Utente sob monitorização mensal da terapêutica anticoagulante

- Dependência moderada (escala de *Barthel* + oxigenoterapia) com cuidadora

4. ELABORAÇÃO DO PLANO INTEGRADO DE CUIDADOS

A elaboração de um plano integrado de cuidados para uma idosa com multimorbilidade e múltiplos défices reveste-se de grande complexidade. Para a definição de um plano centrado no paciente, cumpriram-se as etapas definidas na metodologia: definição de prioridades, revisão terapêutica, decisão compartilhada e integração de cuidados.

4.1. DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

A abordagem da multimorbilidade, pela sua complexidade e ausência de investigação científica adequadas, requerem a utilização de instrumentos que facilitem o raciocínio e decisão clínica⁷. Algumas decisões podem ser reduzidas a uma única decisão, mas comumente elas envolvem várias questões clínicas em simultâneo.

Para este caso, procedeu-se à realização de um *mapa de problemas*. Este instrumento de trabalho traduz a evolução da clássica lista de problemas, de Laurence Weed, para uma representação gráfica bidimensional, introduzindo-lhe elementos de representação dinâmica das hipotéticas relações e interdependências entre os vários problemas de saúde que coexistem numa mesma pessoa⁶⁻⁷.

No *mapa de problemas* destacam-se as patologias, umas mais valorizadas pelo paciente, e outras mais valorizadas pelo médico. De forma expectável, as condições sintomáticas são mais suscetíveis de serem valorizadas pelos doentes do que pelos médicos, neste caso, demonstrado essencialmente pela dor abdominal. Já as prioridades médicas são, tradicionalmente, os problemas de saúde definidos como entidades nosológicas que, direta ou indiretamente, colocam em risco a vida ou o bem-estar dos doentes⁶. Neste caso, parece haver uma sincronia entre preocupações do doente e a doença (dor abdominal – colelitíase), constatando-se ainda a complexidade das interações dos problemas através da figura 2.

Anteciparam-se as prioridades clínicas e as da doente como se pode observar na figura 2. Quanto às prioridades médicas e na impossibilidade de as considerar de igual peso destacam-se a insuficiência cardíaca, a fibrilhação auricular, a hipertensão pulmonar e a DPOC. A HTA e a dislipidémia não são consideradas prioritárias. A primeira por se encontrar controlada, bem como ter nexos fisiopatológico e terapêuticos comuns com a insuficiência cardíaca. A segunda¹⁵, por ser controverso o benefício das intervenções na dislipidemia em idosos.

Segundo a doente, as prioridades são aquelas que lhe causam sintomas, como a dor abdominal/colelitíase. O STC, as artroses, a obesidade e a dependência física são outros desses problemas. A dor abdominal é a condição que estabelece a plataforma de entendimento entre as agendas médica/doente.

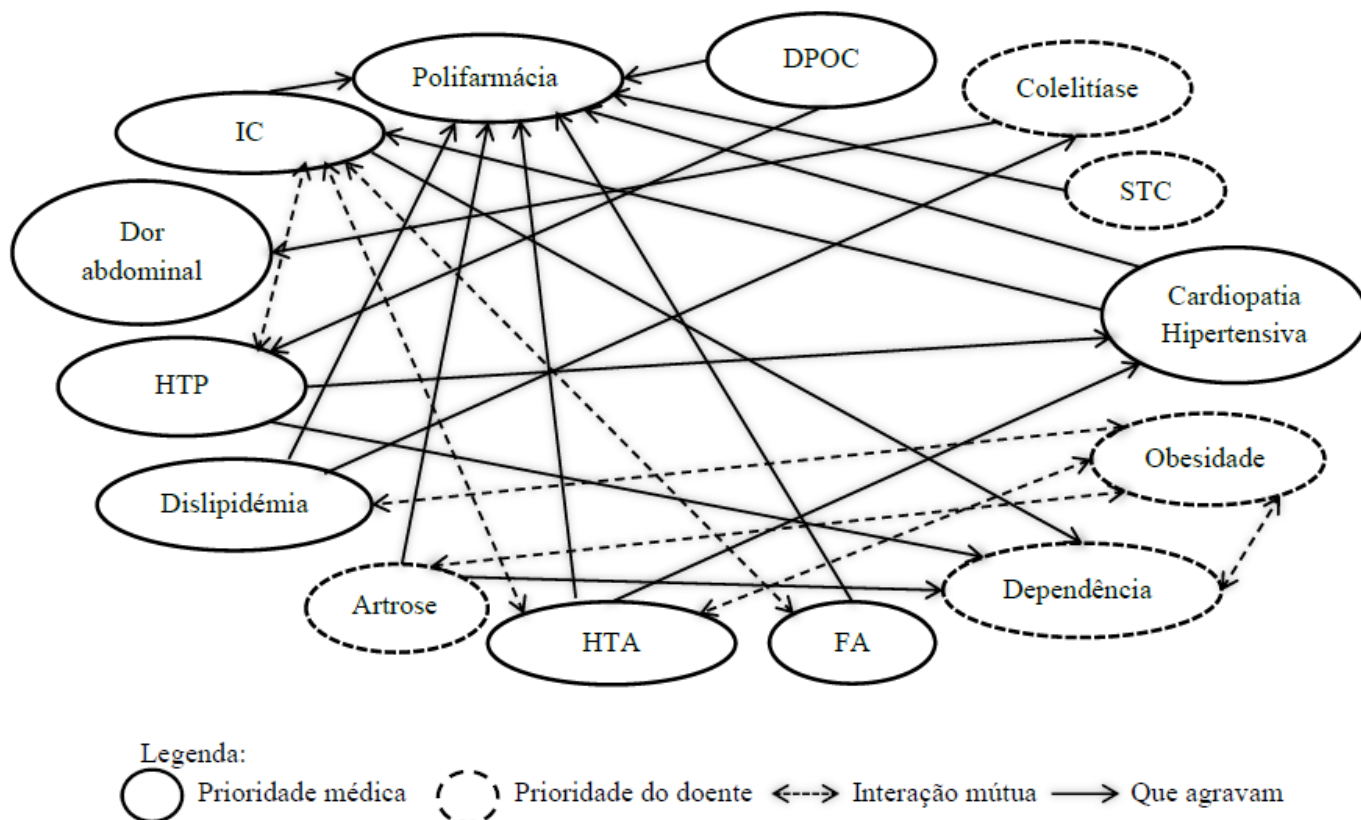


Figura 2 – Mapa de problemas de saúde da paciente.**

** Nota: A dislipidemia e a HTA não uma prioridade médica, apesar de aparecer com tal.

A polifarmácia é também um problema prioritário para o médico, essencialmente pela iatrogenia, e para o doente e cuidador, não só pelos fatores económicos, como também pelo aumento de complexidade do esquema diário terapêutico.

A dependência moderada que a utente apresenta é efetivamente um problema limitador com afeção do quotidiano da utente e da cuidadora.

4.2. REVISÃO TERAPÊUTICA

A utente apresenta atualmente um regime terapêutico extenso com polifarmácia.

Num indivíduo idoso há alterações fisiológicas na farmacocinética e fármaco-dinâmica que comportam um aumento da suscetibilidade às interações medicamentosas, amiúde causadoras de reações adversas; pela existência atual de uma cascada de

prescrição, potencialmente inadequada, surge a necessidade de uma revisão com o propósito de desprescrever (retirar medicamentos desnecessários), substituir caso se adeque ou manter a terapêutica atual da paciente.

O propranolol [Inderal®], sendo um bloqueador beta-adrenérgico com indicação para condições como HTA, IC e Angina Estável Crônica⁸, seria uma excelente escolha, contudo poderá repensar-se a sua substituição por outro medicamento mais cardiosseletivo com menor afeção brônquica. Uma vez que a doente tem DPOC o nebivolol poderia ser uma alternativa a considerar. Como a doente é seguida na pneumologia e aparentemente não tem agravamento dos sintomas respiratórios poderá escrever-se ao colega de forma a realizar uma gestão conjunta.

Neste caso, a utente faz uma combinação anti-hipertensora de Olmesartan, um ARAII, e Amlodipina (BCC). Em primeiro lugar, a Amlodipina pode apresentar algum benefício (Nível C de evidência) na HTP⁹. Contudo, deve-se vigiar o aparecimento de edema dos membros inferiores devido à venodilatação que costuma ocorrer com este grupo farmacológico. Em segundo lugar, o olmesartan não é mais eficaz que outros ARAII sobre as complicações cardiovasculares da HTA, além de possuírem efeitos secundários gastrointestinais que não são conhecidos, por exemplo, nos fármacos lasartan ou valsartan¹⁶.

A utente faz uma estatina, um medicamento controverso para esta faixa etária, questionável devido à falta de evidência de benefícios e incerteza sobre os riscos como prevenção primária em pessoas com mais de 75 anos¹⁰. Portanto, neste caso, seria razoável ponderar retirar a atorvastatina 20mg.

Com a nitroglicerina transdérmica há a possibilidade de cefaleias, que ocorreram na D^a Rosa. Perante este sintoma foi suspensa apesar da precaução relativamente à dor abdominal, por suspeita de angina da mesentérica.

Para a FA, a utente faz um esquema muito rigoroso de varfarina, passível de ser alterado de mês a mês, já que a D^a Rosa faz vigilância mensal do Índice Internacional Normalizado (INR). A utente necessita deste fármaco porque apresenta um risco elevado de trombose segundo o *Score* CHA₂DS₂VASc¹¹: nesta doente soma-se o risco associado à idade e género e história de hipertensão. Contudo, é fundamental ponderar o risco hemorrágico, aplicando o *Score* HAS-BLED¹² que apura um risco baixo de hemorragia, pelo que a doente poderia manter esta terapêutica. Não obstante, a manutenção desta terapêutica, requer cuidado e atenção especiais, uma vez que existem inúmeros fármacos que interagem com o metabolismo da varfarina. Por esta razão, pelo facto de a utente necessitar de realizar uma extração dentária e pelo grande inconveniente de ter de avaliar o INR mensalmente no domicílio, sugeriu-se a substituição da varfarina por um novo anticoagulante, como o apixabano, cuja eliminação renal é de 27%, a menor de entre os restantes da mesma classe¹³. Deve-se ter em conta, porém, que a evidência sobre o tratamento de pacientes idosos com novos anticoagulantes é escassa, particularmente naqueles com disfunção renal, e que a sua utilização deve ser bem ponderada¹³. Após tratamento estomatológico pondera-se discutir com a doente e cuidadora o regresso à terapêutica com varfarina.

A beta-histina pode ter um efeito positivo na redução dos sintomas de vertigens e é geralmente bem tolerada com um risco diminuto de efeitos adversos¹⁴. Porém, a evidência que existe é de baixa qualidade e fraca metodologia nos doentes com vertigens de múltiplas causas¹⁴, questionando-se a real eficácia deste medicamento.

4.3. DECISÃO COMPARTILHADA

Os objetivos para a terapêutica de doentes com multimorbilidade incluem cuidados centrados no paciente, em que tanto o médico como aquele se encontram bem informados e conhecedores dos seus riscos individualizados, e que consegue incorporar as preferências do paciente¹.

A finalidade é evitar agravar a condição clínica do doente pelos efeitos adversos dos fármacos e reduzir a morbilidade e mortalidade sem comprometer a função enquanto maximizando outros resultados importantes para o doente¹.

Utilizando um método clínico centrado do paciente, para a D^a Rosa seria importante continuar com os cuidados ao domicílio, não só pelas suas limitações físicas e dependência da oxigenoterapia, como pela ausência de meios da cuidadora para o transporte constante da utente aos cuidados de saúde. De facto, a oxigenoterapia é olhada como terapêutica de alívio para a utente, mas não deixa de representar um fator condicionante e modificador do quotidiano da D^a Rosa. Para a doente, é um equilíbrio vulnerável simultaneamente entre a qualidade de vida fornecida pela terapêutica e a limitação da mesma pela logística que acarreta.

Neste momento, para a D^a Rosa, a principal fonte de mal-estar e desconforto é a dor abdominal e, de facto, representa um fator preocupante e agravante do estado de saúde da utente neste momento.

Integrando as prioridades da doente, num exercício académico reflexivo efetuou-se revisão terapêutica:

Tabela 2 – Revisão terapêutica

Terapêuticas	Indicação
Furosemida 40mg qd	Insuficiência cardíaca
Olmesartan/Amlodipina 20/5mg qd	Insuficiência cardíaca; HTA
Salmeterol/propionato de fluticasona [Seretaide®] 50/250µm bid	DPOC
Brometo de Tiotrópio [Spiriva®] 18µg bid	DPOC
Apixabano 2 vezes por dia	Fibrilhação auricular
Paracetamol 1 g 1 cp ao Peq. Almoço ± 1 se dor	Dor
Oxigenoterapia 1l/min 24 horas por dia	Insuficiência respiratória

A curto prazo pondera-se rever a adequação da reintrodução da varfarina e a médio prazo substituir o Olmesartan por outro ARA II.

Relativamente à dor abdominal, a filha prefere que a mãe faça a colonoscopia para investigar a etiologia do quadro; no entanto, pela multimorbilidade grave é difícil marcar uma colonoscopia na comunidade. Colocaram-se dois dilemas: como conferir conforto com a menor intervenção possível e quando se deve interromper uma investigação numa doente cujo quadro de complexidade lhe condiciona qualquer terapêutica.

4.4. PROPOSTA DE PLANO INTEGRADO DE CUIDADOS

No estabelecimento de um Plano de Cuidados para esta doente é necessário ter em conta vários fatores: razões para vulnerabilidade, multimorbilidade, condições clínica e socioeconómica da utente e outros sistemas de seguimento da doente (consultas de outras especialidades, serviços sociais, etc).

Para esta situação aguda da utente, por provável PAC, optou-se pela prescrição de amoxicilina e azitromicina. Contudo, apesar desta visita ter sido motivada por queixas respiratórias, proporciona-se um momento de reavaliação total da utente em todos os seus aspetos.

A mudança da anticoagulação oral para o apixabano diminui as visitas ao domicílio para a colheita de análises de avaliação do INR. Esta mudança representa um incremento no conforto da doente e da cuidadora. A mudança da terapêutica anti-hipertensora, requer a reavaliação da utente a médio prazo.

Por esta razão – pelo facto da multimorbilidade ser uma condição prevalente que origina elevados graus de dependência –, a consulta no domicílio revela-se inestimável.

Além da medicação, revela-se necessário uma colaboração maior com os outros médicos que seguem a utente, de forma a conferir à doente uma terapêutica consensual e harmoniosa, sem produzir conflitos entre planos terapêuticos. E isso pode ser atingido através do contacto efetivo com esses profissionais através de cartas de colaboração ou mesmo comunicações telefónicas e em particular, por registos clínicos completos, nos sistemas de informação.

Neste momento, a doente colabora nas atividades de vida diária dentro das suas limitações. A cuidadora não revela sinais de sobrecarga e revelou capacidade de gerir a terapêutica e os cuidados. Como revelou literacia tecnológica, a médica disponibilizou o mail profissional de suporte ao cuidar.

Planeia-se visitar regularmente a utente, previsivelmente com uma periodicidade bimensal e sempre que surgirem intercorrências.

Atendendo à limitação funcional, um dos objetivos das visitas periódicas é a vigilância dos sinais de sobrecarga da cuidadora e a necessidade de outros suportes sociais ao cuidar.

5. REFLEXÕES FINAIS

Este caso marcou-me pela sua complexidade e extensão, tendo as maiores dificuldades surgido na elaboração do plano integrado, com todas as particularidades desta doente. A multimorbilidade requer um elevado grau de gestão de todas as doenças, fatores associados e circunstâncias psico-sociais da utente, e representa um desafio para qualquer médico, especialmente, quando acrescido a isto, se somam as expectativas da utente. Relembrou-me da importância da autonomia do doente e da necessidade de nos colocarmos em cada momento no lugar do paciente. As dificuldades encontradas no caso da D^a Rosa, para além da complexidade e da gestão de expectativas, da doente e pessoais, foram:

- a obtenção de toda a informação, já que esta utente era seguida em várias consultas;
- a integração e organização dessa informação e de nova que foi surgindo com a que já era conhecida e o desenvolvimento de um plano terapêutico e de suporte que melhorasse a qualidade de vida da paciente, sem inadvertidamente provocar iatrogenia;
- a conciliação do plano com as circunstâncias de dependência da utente e das capacidades da cuidadora.

A estabilidade da doente encontra-se atualmente ameaçada pela polimedicação, pela ausência de recursos e limitações inerentes à sua condição clínica e à falta de suporte social à filha cuidadora.

Este caso propôs uma oportunidade de aprendizagem para tentar compreender a vivência da doença, da multimorbilidade, num contexto que representa as reais fragilidades do sistema de saúde para pessoas cuja mobilidade se encontra limitada. Este caso evidenciou a necessidade de uma maior colaboração entre especialidades e da criação de serviços de saúde que ultrapassem estas restrições, como a disponibilização de um serviço mais completo para realização de exames complementares de diagnóstico no domicílio e uma melhoria e facilitação da comunicação entre profissionais de saúde nos vários graus de cuidados, apoiada pelo Serviço Nacional de Saúde.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Boyd, Cynthia M., Fortin M. Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity...: Start Your Search! *Public Health Rev.* 2010;32(2):451-474. doi:10.1007/BF03391611
2. Carlos JS. Multimorbilidade – o Doente , a Coordenação de Cuidados e o Sistema de Saúde. 2016.
3. Levenstein HJ, McCracken CE, Ian MR, Stewart AM, Brown BJ. The Patient-Centred Clinical Method. *Fam Pract.* 1986.
4. Boyd CM, Leff B, Wolff JL, et al. Informing Clinical Practice Guideline Development and Implementation: Prevalence of Co-existing Conditions Among Adults with Coronary Heart Disease. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59(5). doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03391.x
5. Broeiro P. Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. *Rev Port Med Geral Fam.* 2015;31:158-160.
6. Problemas M De, Ideias M De, Conhe- M De, Conceitos M De. Lidar Com a Morbilidade Múltipla. 2007:209-215.
7. Weed LL. Medical Records That Guide and Teach. *N Engl J Med.* 1968;278(11):593-600. doi:10.1056/NEJM196803142781105
8. Helfand M, Peterson K, Christensen V, Dana T, Thakurta S. Drug Class Review Beta Adrenergic Blockers Oregon Evidence-based Practice Center. 2009. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK47172/pdf/Bookshelf_NBK47172.pdf. Accessed March 15, 2018.
9. Rich S, Kaufmann E, Levy PS. The Effect of High Doses of Calcium-Channel Blockers on Survival in Primary Pulmonary Hypertension. *N Engl J Med.* 1992;327(2):76-81. doi:10.1056/NEJM199207093270203
10. Gurwitz JH, Go AS, Fortmann SP. Statins for Primary Prevention in Older Adults: Uncertainty and the Need for More Evidence. *JAMA.* 2016;316(19):1971-1972. doi:10.1001/jama.2016.15212
11. Lip GYH, Nieuwlaet R, Pisters R, Lane DA, Crijns HJGM. Refining Clinical Risk Stratification for Predicting Stroke and Thromboembolism in Atrial Fibrillation Using a Novel Risk Factor-Based Approach. *Chest.* 2010;137(2):263-272. doi:10.1378/chest.09-1584
12. Zhu W, He W, Guo L, Wang X, Hong K. The HAS-BLED Score for Predicting Major Bleeding Risk in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Cardiol.* 2015;38(9):555-561. doi:10.1002/clc.22435
13. Lutz J, Jurk K, Schinzel H. Direct oral anticoagulants in patients with chronic kidney disease: patient selection and special considerations. *Int J Nephrol Renovasc Dis.* 2017;10:135-143. doi:10.2147/IJNRD.S105771
14. Murdin L, Hussain K, Schilder AG. Betahistine for symptoms of vertigo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(6):CD010696. doi:10.1002/14651858.CD010696.pub2

15. Katsiki N, Kolovou G, Perez-Martinez P, Mikhailidis DP. Dyslipidaemia in the elderly: to treat or not to treat? *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018;11(3):259-278. doi:10.1080/17512433.2018.1425138
16. Towards better patient care: Drugs to avoid in 2017. *Prescrire Int*. 2017;26(181):108.

Anexo: Tabela 3 - Índice de Barthel aplicada à doente e interpretação do resultado

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
1 - Alimentação Independente = 10pts Precisa de ajuda para cortar os alimentos, barrar manteiga, etc, ou dieta modificada = 5pts Dependente = 0pts	10
2 - Higiene Pessoal Independente = 15pts Precisa de alguma ajuda = 10pts Precisa de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se = 5pts Dependente, não tem equilíbrio sentado = 0pts	10
3 - Atividades Rotineiras Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes = 5pts Dependente, necessita de alguma ajuda = 0pts	5
4 - Utilização do WC Independente = 10pts Necessita de alguma ajuda = 5pts Dependente = 0pts	5
5 - Banho Toma banho sozinho, entra e sai da banheira sem ajuda = 5pts Dependente, precisa de alguma ajuda = 0pts	0
6 - Mobilidade Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) = 15pts Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda = 10pts Independente, em cadeiras de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas = 5pts Imóvel = 0	10
7 - Subir e descer escadas Independente, com ou sem ajudas técnicas = 10pts Precisa de ajuda = 5pts Dependente = 0pts	0
8 - Vestir Independente = 10pts Com ajuda = 5pts Impossível = 0pts	5
10 - Controlo Intestinal Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar = 10pts Acidente ocasional = 5pts Incontinente, ou precisa do uso de clisteres = 0pts	10
11 - Controlo Urinário	10

Controla perfeitamente, mesmo que algaliado, desde que maneje a algália sozinho = 10pts Acidente ocasional (máximo 1 vez por semana) = 5pts Incontinente, ou algaliado, sendo incapaz de manejar a algália sozinho = 0 pts	
TOTAL	65 pontos(pts)

Interpretação do Resultado:

- 100 pontos – totalmente independente
- 76 – 99 pontos – dependência leve
- 51 – 75 pontos – dependência moderada
- 26 – 50 pontos – dependência grave
- Igual ou menor que 25 pontos – dependência total

